

SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS FORA DA LOCALIDADE DE ORIGEM DOS USUÁRIOS – O TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO COMO POLÍTICA PÚBLICA INDISPENSÁVEL À GARANTIA DE ACESSO

SUELY DAS GRAÇAS SILVA
Oficial do Ministério Público
Bacharel em Direito

1. Introdução

O presente artigo tem como objetivo fazer uma análise do acórdão do TJMG que julgou pela impossibilidade de antecipação de tutela requerida para que fosse determinada a retomada imediata do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), que havia sido suspenso por município mineiro.

Como se verá mais detalhadamente nos próximos tópicos do artigo, a rotina do TFD tem como objetivo disponibilizar transporte, estadia e alimentação para pacientes em tratamento ambulatorial que não encontram solução para seus problemas de saúde na localidade de origem.

Para negar provimento ao recurso interposto por membro do *Parquet* estadual, a decisão judicial ora trabalhada considerou, em especial, a complexidade organizacional e a interferência no orçamento do ente municipal.

Nesse sentido, busca-se verificar as bases em que se sustenta a implementação da política pública definida como TFD, visando demonstrar o seu papel no contexto da forma de organização das ações e serviços de saúde prevista na Constituição, com o intuito de sopesar os fundamentos expostos na decisão.

Para tanto, serão problematizados os riscos de uma interrupção do TFD por parte do município, sem eventual substituição por medidas alternativas capazes de atender aos usuários desassistidos.

A questão será explorada à luz da posição mais recente do Supremo Tribunal Federal (STF) no que se refere às demandas relacionadas à saúde.

2. Do acórdão

Trata-se de agravo de instrumento interposto pelo Ministério Público contra decisão de primeira instância que deferiu apenas parcialmente a liminar para que o programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) fosse restabelecido somente no que tange aos pacientes expressamente citados na ação civil pública. O órgão ministerial então postulou, em sede recursal, o restabelecimento integral de TFD.

Ementa: AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – RESTABELECIMENTO DO PROGRAMA – NÚMERO INDETERMINADO DE PACIENTES – PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA – AUSÊNCIA DOS REQUISITOS – RECURSO DESPROVIDO. A determinação liminar de retomada de programa de saúde imposta ao município pelo judiciário não é medida razoável, ante a complexidade organizacional e a interferência no orçamento. Para restabelecer o tratamento de pacientes, em sede de antecipação de tutela, é necessária a demonstração, por meio de prova inequívoca, de quantas e quais são as pessoas inscritas no programa de saúde. Depende também da demonstração de que a não retomada imediata do tratamento poderá traduzir a possibilidade da ocorrência de dano de difícil ou incerta reparação ao paciente, tais como sério agravamento do seu estado de saúde ou iminente risco de vida. (TJMG. Agravo de Instrumento nº 1.0707.08.172451-0/002. Rel. Des. Armando Freire. J. 20/10/2009).

Em julgamento, a turma do TJMG entendeu que a liminar de retomada de programa de saúde imposta ao município pelo Judiciário “[...] não é medida razoável, ante a complexidade organizacional e a interferência no orçamento”.

Foi asseverado que:

[...] para restabelecer o tratamento de pacientes, em sede de antecipação de tutela, é necessária a demonstração, por meio de prova inequívoca, de quantas e quais são as pessoas inscritas no programa de saúde. Depende também da demonstração de que a não retomada imediata do tratamento poderá traduzir a possibilidade de ocorrência de dano de difícil ou incerta reparação ao paciente, tais como agravamento de seu estado de saúde ou iminente risco de vida.

3. O direito à saúde e a organização das ações e dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

Para compreender o papel do TFD no contexto da saúde pública, é importante que se faça uma breve exposição sobre a disposição das ações e dos serviços de saúde delineada pela Constituição e complementada por normas infraconstitucionais e infralegais.

A saúde integra o rol dos direitos fundamentais sociais previstos na Constituição (art. 6º), sendo definida, ainda, como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido através de políticas sociais e econômicas (art. 196).

Em termos de responsabilidade, a Constituição prevê que cuidar da saúde é competência comum de todos os entes federados (art. 23, II). Nesse sentido, União, Estados e Municípios concretizam os mandamentos constitucionais por meio de variadas ações e intervenções.

A Constituição ainda traçou a forma de organização das ações e dos serviços de saúde, prevendo sua integração em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, e em conformidade com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

O mandamento da integralidade¹ significou a garantia de atenção ao indivíduo em todos os níveis de complexidade do sistema.

A descentralização alterou a forma de organização das ações e dos serviços, sendo que a fixação da competência administrativa dos três entes federados traçada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) atribuiu ao município² a execução das ações e dos serviços, ficando os Estados e a União com a execução subsidiária.³

A regionalização e a hierarquização são consideradas pressupostos da descentralização (CARVALHO; SANTOS, 2006). Enquanto a primeira diz respeito à distribuição espacial dos serviços de saúde, organizados para atender à população de uma determinada região, a hierarquização refere-se à existência de níveis de complexidade de atenção integral à saúde, organizados cada qual com seu grau próprio de resolutividade.

Com efeito, depreende-se que em uma determinada região deve existir uma gama de serviços para atender a uma respectiva população (regionalização), que compreende recursos assistenciais que vão do nível de atenção primária, passando pela secundária, até alcançar a terciária ou de alta complexidade (hierarquização).

3.1. Dos instrumentos de regionalização das ações e dos serviços de saúde

A idéia subjacente à forma de organização das ações e dos serviços de saúde baseada na descentralização, regionalização e hierarquização é trazer a execução para o mais próximo possível do usuário.

¹ O atendimento integral é uma das diretrizes a serem observadas na organização das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, ao lado da descentralização e da participação da comunidade (CF, art. 198). A Lei nº 8.080/90 positivou a integralidade como princípio do SUS, definindo-o como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (art. 7º, II).

² A execução não se confunde com financiamento, de responsabilidade das três esferas de governo.

³ Art. 16 da Lei nº 8.080/90.

Isso não significa, no entanto, que todos os municípios devam disponibilizar recursos de todos os níveis de atenção à sua população, até porque determinados procedimentos ou tecnologias exigem, para sua aplicação racional e segura, determinada escala. Nesse caso, aos municípios cabe garantir o acesso aos serviços disponibilizados em outras localidades quando desprovidos dos recursos no seu âmbito de resolutividade.

Essa forma de organização implicou a eleição de instrumentos de gestão por parte do poder público para racionalizar a oferta e a demanda. Nesse sentido, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001⁴ previu a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), dividindo o território estadual em microrregiões e macrorregiões de saúde.

Esse instrumento objetiva organizar e direcionar o acesso dos usuários a serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, dividindo o Estado em regiões sanitárias.

Em Minas Gerais, o Plano Diretor de Regionalização⁵ divide o Estado em 75 microrregiões, que integram 13 macrorregiões, estas com 18 cidades-pólo.

A idéia é que o usuário encontre os serviços de atenção primária em seu próprio município, de atenção secundária na sua microrregião e de alta complexidade (terciária) nos pólos macrorregionais.

A partir desse mecanismo de disposição regional dos serviços, os municípios se organizam entre si e com o Estado para implementar este intercâmbio de recursos de saúde.

O instrumento idealizado para viabilizar essa negociação entre os entes é a Programação Pactuada Integrada (PPI)⁶, processo por meio do qual os gestores definem e quantificam as ações de saúde para a população de determinado território e pactuam entre si a realização das ações a partir de critérios, parâmetros e limites financeiros previamente estipulados.

A coordenação do processo é feita pela direção estadual, seguindo diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde. As negociações feitas pelos gestores levam em consideração a organização regional definida no PDR e se dão por meio de instâncias próprias de deliberação, que são as Comissões Intergestores Bipartite⁷, compostas de representantes dos Municípios e do Estado.

⁴ Portaria do Ministério da Saúde GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

⁵ PDR Minas Gerais foi elaborado no ano de 2000, tendo passado por ajustes posteriores. O último deles ocorreu em outubro de 2008. O PDR pode ser acessado no endereço eletrônico <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr>.

⁶ A PPI está prevista na Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2001. Os processos e eixos orientadores encontram-se atualmente expressos na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006.

⁷ A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais (CIB-MG) é uma instância colegiada instituída pela Resolução nº 637, de 25 de junho de 1993, constituindo-se como foro privilegiado de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS/MG. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib>>. Acesso em: 10 jul. 2009.

Dessa forma, após fazer a “pactuação”, o município referencia sua população para tratamento em outro município ou é referenciado para receber a população vizinha, conforme sua capacidade instalada e sua necessidade, e em consonância com a organização prevista no Plano Diretor de Regionalização.

Dependendo da complexidade, da especificidade e da insuficiência de oferta, ou até mesmo das características territoriais, às vezes torna-se necessário inclusive ultrapassar a barreira do Estado em busca de tratamentos de agravos à saúde.

4. Política pública definida para garantir o acesso de pacientes em tratamento ambulatorial referenciados para outras localidades – o Tratamento Fora do Domicílio

A rotina do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é a principal política pública idealizada para garantir o acesso de usuários em tratamento ambulatorial a outras localidades quando o município de origem não oferece o grau de resolutividade demandado.

Ela foi regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/SAS nº 55, de 1999,⁸ que a incluiu na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde, delimitando as diretrizes de sua concessão.

A portaria regulamentadora especificou valores que servem como parâmetros para concessão de transporte, diária e estadia para usuários do Sistema Único de Saúde.

Com efeito, há previsão de que o benefício somente pode ser concedido quando esgotados os meios de tratamento no próprio Município ou Estado e apenas quando houver garantia de atendimento no local de referência, devendo esta estar explicitada na Programação Pactuada Integrada de cada município, quando a referência se der entre entes municipais.

Assim, o direito a transporte, diária e estadia previsto no TFD vincula-se à programação de referência e contra-referência de cada município, criando-se um sistema em que inicialmente se deve constatar a ausência de recursos na região de saúde do usuário, para somente então, ao buscar os recursos em outras localidades, garantir-se o suporte adequado que viabilize o acesso.

Em conformidade com o que previa a norma emanada pelo Ministério da Saúde, os Estados editaram manuais explicitando as responsabilidades no âmbito estadual e o fluxo de processamento do programa.

O Manual de Procedimentos editado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no ano de 2000⁹ dispõe, entre outras regras, que a solicitação do benefício é feita

⁸ Secretaria de Atenção à Saúde

⁹ Resolução da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais nº 532, de 1º de dezembro de 2000. O manual foi anteriormente aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que conta com representantes

pelo médico assistente e autorizada por uma comissão, a qual tem a prerrogativa de solicitar exames e documentos complementares à análise do caso concreto.

Sendo liberado o benefício, o próprio setor responsável pelo TFD deve-se responsabilizar por providenciar o atendimento ao paciente nas unidades de destino e o transporte adequado ao caso, bem como disponibilizar ajuda de custo para estadia e alimentação.

Nesse sentido, o manual atribuiu ao Município a análise das solicitações, a autorização, o agendamento do atendimento e o pagamento das respectivas despesas, ou seja, a execução do programa. Ao Estado, por sua vez, coube assessorar os municípios na operacionalização, controlar, avaliar e normatizar o programa em seu âmbito de atuação.

No caso de tratamento fora do Estado, o ente estadual é também responsável por avaliar e aprovar o processo, a partir da documentação encaminhada pelo ente municipal, além de intermediar o agendamento do paciente na unidade de destino a partir de solicitação do município.

Verifica-se, assim, que o público alvo do TFD compõe-se dos usuários referenciados para tratamento ambulatorial em outras localidades, sendo que a concessão dos benefícios do TFD é antecedida por procedimento administrativo, no âmbito do qual se avalia a consonância do pedido com as normas regulamentares.

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD), configura-se, assim, como pressuposto de acesso aos serviços de saúde, daí se caracterizar pela natureza própria dos serviços de saúde.

Nesse sentido, tem-se que ele se encontra, inclusive, incluído na tabela de procedimentos do SUS. Ademais, o manual editado em Minas Gerais conceitua o TFD como “[...] atendimento de saúde a ser prestado pelas secretarias municipais e estadual à clientela do SUS/MG, quando esgotados todos os meios de tratamento no Município/Estado”.¹⁰

Como serviço de saúde, o TFD não pode estar sujeito à descontinuidade, já que sua interrupção implica eventual suspensão de tratamento de pessoas que dele se utilizam.

Assim, se o município, no âmbito da regionalização dos serviços de saúde, pactua com outros entes a prestação de ações para agravos que não encontram resolutividade local, mas, ao mesmo tempo, inviabiliza o acesso ao suspender política pública que prevê o serviço, coloca em risco o próprio acesso às prestações de saúde.

5. Política pública como parâmetro para atuação judicial. O caso do Tratamento Fora do Domicílio à luz da posição do Supremo Tribunal Federal

O TFD, conforme demonstrado, encontra-se regulamentado desde o ano de 1999, quando foi editada a principal norma pelo Ministério da Saúde, sendo que, em Minas Gerais, o respectivo manual data do ano 2000.

do Estado e dos Municípios em reunião ordinária do dia 03 de dezembro de 1999.

¹⁰ Manual de Procedimentos TFD 2000

Contudo, na prática, esse direito a transporte, estadia e alimentação nem sempre é respeitado. A sua inobservância explica, em parte, a alta taxa de absenteísmo verificada nos procedimentos de saúde previamente agendados pelos municípios.

Dados estatísticos mostram que 35% de consultas e outros procedimentos agendados não contam com o comparecimento dos pacientes por dificuldades relacionadas à locomoção desses pacientes. Além disso, constatou-se o comprometimento da qualidade dos serviços de transporte existentes em alguns municípios que mantinham frotas em situações precárias de manutenção e sem condições sanitárias ideais.¹¹

Tal fato pode explicar, em certa medida, o número crescente de ações ajuizadas tendo por objeto as prestações previstas no TFD, as quais passam a compor os números da denominada judicialização da saúde.

Pesquisa de jurisprudência¹² realizada pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais em parceria com o Ministério Público estadual revela que 47 acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais publicados no período de 2000 a 2007¹³ tiveram o transporte para tratamento de saúde como tema. Mais de 60% deles foram publicados entre 2006 e 2007.¹⁴

A relevância que tomou o tema da judicialização do direito à saúde levou o Supremo Tribunal Federal a convocar audiência pública¹⁵ para debater o assunto com os vários setores envolvidos, com o intuito de se estabelecerem parâmetros para a atuação judicial nos casos que envolvem pedidos de prestações de saúde.

Tais parâmetros começaram a ser delineados a partir da decisão proferida pelo órgão no recente julgamento do Agravo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, ocorrido no dia 17 de março de 2010.

Nele, o relator Ministro Presidente Gilmar Mendes inicia a construção de bases para análise de pedidos judiciais referentes ao direito social da saúde, em especial no que diz respeito a medicamentos, objeto tratado na referida ação.

¹¹ (MINAS GERAIS, 2009, p. 207). A partir dessa realidade, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais iniciou, em 2005, um processo de implantação de um programa paralelo ao Tratamento Fora do Domicílio denominado Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS). Em setembro de 2009, foi oficializada a implantação do sistema de transporte por meio da Resolução SES nº 2024, de 16 de setembro de 2009. Esse sistema prevê a integração dos municípios localizados em uma mesma microrregião de saúde através da disponibilização de transporte regular dos pacientes feito por microônibus, por meio de cooperação intermunicipal através dos consórcios de saúde. Por se tratar de um novo procedimento, importa avaliar a sua disponibilidade e adequação para atendimento da demanda.

¹² Os dados da pesquisa foram obtidos no endereço eletrônico <<http://spdisa.gti.esp.mg.gov.br/publico>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

¹³ Nesse período, a pesquisa catalogou um total de 4.210 acórdãos relacionados ao tema do direito à saúde.

¹⁴ 2002 (1 acórdão), 2003 (1), 2004 (7), 2005 (8), 2006 (14), 2007 (16).

¹⁵ Audiência pública realizada nos dias 27 a 29 de abril, 4, 6 e 7 de maio de 2009.

Nesse contexto, sobressai da decisão a importância da consideração das políticas públicas já regulamentadas pelos entes responsáveis por serviços e ações de saúde como parâmetro inicial na análise dos pedidos.

Nesse sentido, tem-se no voto de relatoria do Ministro Presidente Gilmar Mendes a seguinte passagem:

Após ouvir os depoimentos prestados pelos representantes dos diversos setores envolvidos, ficou constatada a necessidade de se redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil. Isso porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas. Portanto, não se cogita do problema da interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros Poderes quanto à formulação de políticas públicas.

Esse foi um dos primeiros entendimentos que sobressaiu dos debates ocorridos na Audiência Pública-Saúde: no Brasil, o problema talvez não seja de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial do efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes.

Esse dado pode ser importante para a construção de um critério ou parâmetro para a decisão em casos com este, no qual se discute, primordialmente, o problema da interferência do Poder Judiciário na esfera de outros Poderes.

Assim, também com base no que ficou esclarecido na Audiência Pública, o primeiro dado a ser considerado é a existência, ou não de política estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte. *Ao deferir uma prestação de saúde incluída entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo Sistema Único do Saúde (SUS), o Judiciário não está criando política pública, mas apenas determinando o seu cumprimento.* Nesses casos, a existência de um direito subjetivo público a determinada política pública de saúde parece ser evidente. (AG.REG. em STA nº 175, Relator Ministro Presidente Gilmar Mendes, j. 17.03.2010, grifo nosso).

Analisando o Tratamento Fora de Domicílio à luz da posição do Supremo Tribunal Federal, tem-se que, conforme já demonstrado, o programa consta de política pública definida há mais de dez anos.

Nesse sentido, na linha adotada pelo STF, não há que se falar em discricionariedade do ente municipal no que tange à implementação do referido programa, tendo em vista que se trata de política pública há muito regulamentada.

6. Da análise do acórdão

O acórdão do TJMG que negou provimento ao recurso interposto contra decisão que negou antecipação de tutela para determinar a retomada imediata do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) foi fundamentado especialmente na complexidade organizacional e na interferência no orçamento do ente municipal, bem como na necessidade de especificação dos usuários do programa.

Os pontos abordados no presente artigo demonstram que o TFD se insere no contexto da forma de organização das ações e dos serviços de saúde, tendo como objetivo garantir o necessário suporte aos usuários que necessitam de um determinado grau de resolutividade não disponível em sua localidade de origem.

Assim, como política pública que visa possibilitar o acesso a prestações de saúde, o Tratamento Fora do Domicílio apresenta a natureza de serviço de saúde, cuja eventual suspensão implica o risco de inviabilizar o acesso às prestações necessárias à manutenção da saúde de pessoas que dele se utilizam.

No tocante aos fundamentos trazidos pela decisão, importa destacar que o TFD encontra-se regulamentado em normas federal e estadual, estando as responsabilidades definidas em instâncias legítimas de negociação, sendo que as normas levam em consideração justamente a forma complexa de organização das ações e dos serviços de saúde, servindo à delimitação das responsabilidades e de parâmetros para sua concessão.

Com efeito, por se tratar de prestação de saúde, uma eventual ausência de previsão orçamentária para sua manutenção por parte do município representaria em verdade uma omissão do próprio ente municipal, o qual não pode se servir de tal argumento para motivar a falta de implementação da política pública.

Ademais, por se tratar de política pública que visa atender o universo de usuários que tenha sido referenciado para tratamento em outra localidade, é de se inferir que se trata de programa que acompanha a própria dinâmica dos serviços de saúde, o que impossibilita a delimitação, em pedido judicial, do número exato de usuários.

Assim, eventual determinação de retomada do programa não implicaria o atendimento de toda e qualquer demanda, mas tão-somente dos casos que estejam em conformidade com o regramento próprio, sendo que a análise do atendimento dos requisitos cabe ao próprio município, por meio de procedimento administrativo.

Dessa forma, delimitar os usuários para efeito de concessão do benefício pode colocar em xeque o próprio princípio da igualdade de acesso que deve reger o Sistema Único de Saúde.¹⁶

¹⁶ CF/88. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e

Levando-se, ainda, em consideração que o acórdão trata de medida de natureza liminar, tem-se que, no caso, a suspensão do serviço implica o risco inverso de deixar a população sem acesso a prestações de saúde.

7. Conclusões

1. A política pública definida como Tratamento Fora do Domicílio decorre da própria lógica de organização das ações e dos serviços de saúde, baseada na descentralização, regionalização e hierarquização, bem como da adoção de instrumentos de gestão por parte do poder público (Plano Diretor de Regionalização – PDR, Programação Pactuada Integrada – PPI).

2. As bases normativas da rotina do Tratamento Fora do Domicílio já se encontram delineadas desde o ano de 1999, quando foi editada a Portaria do Ministério da Saúde que a incluiu na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde. O Manual de Procedimentos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais foi editado no ano 2000, tendo sido aprovado por representantes do Estado e dos Municípios em deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/SUS.

3. À luz do entendimento mais recente do Supremo Tribunal Federal, em caso de existência de política pública já implementada, não se caracteriza como interferência indevida do Judiciário medidas que tenham como escopo determinar o seu cumprimento.

4. Tendo sido observada a necessidade de apelo ao Judiciário para retomada do serviço, no caso de suspensão de serviço já previsto em política pública há muito regulamentada, sem disponibilização de medidas alternativas, tem-se que o risco pela demora apresenta-se inverso, já que se trata de recurso que visa garantir o acesso a prestações de saúde, justificando-se eventual medida liminar.

5. A concessão dos benefícios do TFD acompanha a dinâmica das ações e dos serviços de saúde, destinando-se, em regra, a todos aqueles que apresentem os requisitos previstos nas normas regulamentadoras, sendo que a análise administrativa dos pedidos cabe ao próprio poder público.

econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

8. Referências bibliográficas

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS Lenir. *SUS Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde*. Campinas: Unicamp, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual de Procedimentos TFD*. Belo Horizonte, 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *O choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2009.